

薬価基準経過措置移行品目のお知らせ

謹 啓

平素は弊社製品につきまして格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

この度、弊社製品「コリマイシン S 散」、「メタコリマイシンカプセル」、「メタコリマイシン顆粒」、「サキオン錠」、「ロペカルド小児用ドライシロップ」は平成 20 年 12 月より薬価基準経過措置移行品目となっておりますが、平成 21 年 8 月 31 日をもって薬価基準経過措置期間が満了になりますので、お知らせいたします。何卒、従来と同様変わらぬお引き立てを賜りますようお願い申し上げます。

謹 白

記

1. 薬価基準経過措置期間満了日：2009 年 8 月 31 日
2. 薬価基準経過措置移行品目

販売名	規格・包装	JAN コード	薬価基準収載医薬品コード
コリマイシン S 散	200 万単位・50g	4987047121744	6125001B1020
メタコリマイシン カプセル	300 万単位・100Cap	4987047121775	6125001M1021
メタコリマイシン顆粒	200 万単位・100g	4987047121751	6125001D1021
サキオン錠	100mg・1000 錠	4987047115286	2399006F1072
ロペカルド小児用 ドライシロップ	0.05%・100g	4987047114425	2319001R1024

なお、「医療事故を防止するための医薬品の表示事項及び販売名の取扱いについて」（平成 12 年 9 月 19 日付医薬発第 935 号）に基づき、医療事故防止対策として販売名を変更し、「コリマイシン散 200 万単位/g」、「メタコリマイシンカプセル 300 万単位」、「メタコリマイシン顆粒 200 万単位/g」、「サキオン錠 100mg」、「ロペカルド小児用ドライシロップ 0.05%」を引き続き販売しております。

株式会社 ポーラファルマ
東京都品川区西五反田 8-9-5